

こども医療費受給資格内容等変更届

提出される日を記入してください。

令和〇〇年〇月〇日

(宛先) 富士見市長

次のとおり変更が生じたので、私（受給資格者）は受給資格証を添えて届け出ます。なお、こども医療費の受給資格の変更にあたり、必要となる情報を公簿等により確認することに同意します。

Table with 4 columns: 受給資格者, 氏名, 住所, 生年月日, 続柄, 受給者番号. Includes entries for 富士見 太郎, 富士見 あゆみ, 富士見 勝馬, and 富士見 瑞穂.

変更事項 ※変更部分のみ記入してください。

Form for change items including fields for 氏名, 住所, 加入医療保険 (東京健康保険組合), and 振込口座 (銀行 信農).